

# 特定医療費(指定難病) 自己負担上限額管理票

受給者番号	
受給者氏名	

京 都 府

大切に保管し、医療機関受診時は必ず携帯してください。

## 指定医療機関の窓口の皆様へ

- 受給者が、指定難病において、医療機関、薬局及び訪問看護ステーションでお支払いになる金額を、窓口で記載してください。
- 特定医療費(指定難病)とは別に、福祉医療を受けている場合にも、上限額管理票上は特定医療費の適用内容のみを記載してください。※福祉医療の内容は記載しません。
- ひと月の自己負担累積額が、自己負担上限額に達した後は、その月は受給者から自己負担額を徴収しないでください。また、受診月ごとに記載してください。
- 1ページでひと月の自己負担上限額に達しない場合は、次のページに引き続き記載してください。
- 受診ごとに自己負担累積額を確認いただき、月間自己負担上限額に達したことを確認した指定医療機関が、「日付」、「医療機関名」を記入してください。
- 基本的な記載方法等については、京都府ホームページ(<https://www.pref.kyoto.jp/nanbyou/iryohijosei.html>)に掲載の「特定医療費の自己負担上限額管理票等の記載方法について」を御参照ください。

## 指定難病の患者・家族の皆様へ

- 受給者証が交付されたら、すぐにお名前と受給者証に記載されている受給者番号を記入してください。
- この冊子は、特定医療費(指定難病)の認定を受けている方が、指定された医療機関・薬局等で、指定難病に関する検査や治療等を受けた場合に、ひと月の自己負担上限額を確認するためのものです。  
その他、各種特例を受ける場合に、この冊子の内容を使用することがあります。
- 指定された医療機関や薬局等を利用する時に、必ず窓口へ提出してください。
- ひと月の支払い額合計が、受給者証に記載された自己負担上限額に達したときは、以後、その月の窓口での支払いは不要になります。
- 特定医療費(指定難病)とは別に、福祉医療を受けている場合、窓口での支払額が上限額管理票上の「自己負担額」「自己負担累積額(月額)」と異なる場合があります。
- 記載ページが一杯になった場合や本冊子を紛失した場合は最寄りの保健所(京都市の場合は保健福祉センター)で新しい冊子をお受け取りください。

### 記入例

## 〇〇年〇月分自己負担上限額管理票

受診者名	京都 太郎	受給者番号	1234567
------	-------	-------	---------

月額自己負担上限額 5,000 円

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)(円)	自己負担額 (円)	自己負担の 累積額(月額)(円)
〇月1日	□□医院	12,000円	2,400	2,400
〇月1日	△□薬局	10,000円	2,000	4,400
〇月2日	△△医院	5,000円	600	5,000

ひと月の支払額を指定医療機関で記入します。自己負担上限額5,000円の場合、3回目の支払額は計算上1,000円であっても、前回までの累積額が4,400円なので、実際に支払う額は600円になります。

※特定医療費(指定難病)とは別に、福祉医療を受けている場合は、実際の支払い額と異なることがあります。

支払額の合計が、限度額に達したことを確認した指定医療機関が記載します。

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名
〇月2日	△ △ 医 院

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いいたします。

